

ANNÉE 1928

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

MAURICE KUBORN

Né le 7 Septembre 1902, à Levallois-Perret (Seine)

N°
197

Quelques cas inédits de Kystes de l'Ovaire ayant compliqué la Gestation

Président de Thèse : M. A. COUVELAIRE, Professeur

MARCEL VIGNÉ, ÉDITEUR
13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
PARIS

1928

ANNÉE 1928

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

MAURICE KUBORN

Né le 7 Septembre 1902, à Levallois-Perret (Seine)

Quelques cas inédits de Kystes de l'Ovaire ayant compliqué la Gestation

Président de Thèse : M. A. COUVELAIRE, Professeur

MARCEL VIGNÉ, ÉDITEUR
13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
PARIS

—
1928

I. — PROFESSEURS

Le Doyen M. ROGER

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LCEPER.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance ..	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux ..	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DEL BET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologie	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	BRANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Neurologie et Psychiâtrie	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale	AUBERTIN.
Pathologie chirurgicale	BASSET.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Physiologie	BINET.
Chimie biologique	BLANCHETIÈRE.
Pathologie chirurgicale	BROCQ.
Pathologie médicale	BRULÉ.
Pathologie chirurgicale	CADENAT.
Pathologie médicale	CHABROL.
Histologie	CHAMPY.
Pathologie médicale	CHIRAY.
Pathologie médicale	CLERC.
Hygiène	DEBRÉ.
Physique	DOGNON.
Pathologie médicale	DONZELOT.
Médecine légale	DUVOIR.
Obstétrique	ÉCALLE.
Pathologie médicale	FIESSINGER.
Pathologie expérimentale	GARNIER.
Pathologie chirurgicale	GATELLIER.
Pathologie médicale	HARVIER.
Urologie	HEITZ-BOYER.
Anatomie	HOVELACQUE.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Parasitologie	IOYEUX.
Chimie biologique	LABBÉ (Henri).
Pathologie chirurgicale	LARDENOIS.
Oto-rhino-laryngologie	LEMAITRE.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Obstétrique	LÉVY-SOLAL.
Pathologie mentale	LHERMITE.
Pathologie médicale	LIAN.
Pathologie chirurgicale	MATHIEU.
Obstétrique	METZGER.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Pathologie chirurgicale	MOURE.
Histologie	MULON.
Bactériologie	PHILIBERT.
Pathologie chirurgicale	QUÉNU.
Physiologie	RICHEL Fils.
Dermatologie et syphiligraphie	SÉZARY.
Pathologie médicale	VALLÉRY-RADOT.
	(Pasteur)
Obstétrique	VAUDESCAL.
Ophthalmologie	VELTER.
Histologie	VERNE.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

	MM.
Pathologie médicale	GOUGEROT.
Obstétrique	DEMELIN.
Obstétrique	LEQUEUX.
Obstétrique	GUENIOT.
Histologie	RETTERER.
Pathologie médicale	TANON.
Physique	ZIMMERN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE A TITRE PERMANENT

	MM.
Clinique chirurgicale	AUVRAY.
Clinique chirurgicale	ALGLAVE.
Clinique chirurgicale	CHEVASSU.
Clinique médicale	LAIGNEL LAVASTINE
Clinique obstétricale	LE LORIER.
Clinique médicale infantile	LEREBOULLET.
Clinique médicale	LÉRI.
Clinique chirurgicale	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale	PROUST.
Clinique chirurgicale	SCHWARTZ.
Clinique médicale	VILLARET.

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes	MAUCLAIRE, agrégé.
Stomatologie	FREY.
Education physique	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique	LEDoux-LEBARD.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

*Qu'ils trouvent ici le témoignage de
ma profonde affection et de ma sin-
cère gratitude.*

A MA FAMILLE

A MES AMIS
MESSIEURS LES DOCTEURS

H. VAN DER HORST

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Ancien Interne de Saint-Lazare
Interne à l'Hôpital Saint-Joseph

ET J. MOUSSOIR

Ancien Interne provisoire des Hôpitaux de Paris

*Qui nous prodiguèrent si amicalement
leurs conseils pendant nos études.*

A MES AMIS

A. CORBIN, H. LANJUN, J. LEANDRI, R. THIERRI

A NOTRE MAITRE
MONSIEUR LE PROFESSEUR A. COUVELAIRE

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté de Médecine de Paris
Accoucheur de la Clinique Baudeloque
Officier de la Légion d'Honneur

*Nous apprécions hautement le grand
honneur qu'il nous fait en acceptant
la présidence de cette thèse.
Qu'il reçoive ici l'expression de notre
respect et de notre profonde grati-
tude.*

À MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Professeur CHAUFFARD

Monsieur le Professeur LEJARS

Monsieur le Docteur L. BAZY

Monsieur le Docteur COURTOIS-SUFFIT

Monsieur le Professeur CARNOT

Monsieur le Prof^r agrégé MOUCHET

Monsieur le Prof^r agrégé LE LORIER

Monsieur le Professeur TEISSIER

Monsieur le Professeur TERRIEN

Monsieur le Docteur RAVAUT

Monsieur le Professeur SEBILEAU

Monsieur le Professeur GUILLAIN

Monsieur le Professeur LEGUEUX

Monsieur le Professeur CLAUDE

Né le 7 septembre 1902, à Levallois-Perret (Seine)

Témoignage de reconnaissance.

Introduction

L'étude des kystes de l'ovaire, en tant que complication de la grossesse, a déjà fait l'objet de nombreuses publications. Beaucoup d'auteurs ont prouvé combien de risques court la femme porteuse d'un kyste de l'ovaire lorsqu'elle devient enceinte; risques de complications toujours graves pendant la grossesse et les suites de couches et de dystocies extrêmement sérieuses lors de l'accouchement.

C'est au XVIII^e siècle que l'on a commencé à décrire les kystes de l'ovaire compliquant la grossesse. Mais ce n'est que vers le milieu du XIX^e siècle que l'on a entrepris activement la lutte contre ce genre de tumeurs. A ce moment, on tenta pour la première fois l'extirpation de l'ovaire chez des femmes que l'on ne croyait pas enceintes et les résultats furent souvent si remarquables que sur les conseils de Spencer Wells on commença, en 1877, à pratiquer l'ovariotomie chez la femme enceinte.

En 1886, Rémy publia sa thèse d'agrégation dans laquelle il étudiait très sérieusement tous les points de la ques-

tion. Mais tout en reconnaissant l'ovariotomie comme l'opération de choix, il la limita à certains cas très précis.

On a évolué depuis. Si bien que Pinard a pu dire : « Tout kyste de l'ovaire diagnostiqué chez une femme enceinte, doit être enlevé : quels que soient le volume et l'âge de ce kyste et quel que soit l'âge de la grossesse. »

Actuellement, c'est l'ovariotomie que chirurgiens et accoucheurs considèrent comme le seul traitement des kystes de l'ovaire, mais ils ont apporté quelques réserves à la formule de Pinard, quant à l'âge de la grossesse : l'accouchement prématuré étant la conséquence trop fréquente des interventions faites après le 6^e mois.

Les statistiques ont donné en effet les chiffres suivants :

La grossesse est interrompue dans :

1/10^e des cas dans les 4 premiers mois

1/5^e » le 5^e mois.

1/4 » le 6^e mois.

1/2 » le 7^e mois.

2/3 » les 8^e et 9^e mois.

Il faudra donc, à partir du 6^e mois, remplacer l'intervention par l'expectative armée et se tenir prêt à opérer au moindre signe de complication.

Nous nous proposons, après une étude sommaire des rapports entre les kystes de l'ovaire et la grossesse, d'étudier les observations des cas opérés depuis 1921, par M. le Professeur agrégé Le Lorier.

Qu'il nous soit permis, avant d'entamer notre sujet, de remercier bien sincèrement notre Maître, Monsieur le Professeur LE LORIER, pour l'enseignement si clair qu'il nous a prodigué dans son service et pour l'honneur qu'il nous fait en nous chargeant de développer le sujet de cette thèse.

Généralités

Le kyste de l'ovaire est une complication assez rare de la grossesse et ceci est dû sans doute à la gêne apportée à la fécondation par la tumeur.

Olshausen note, en effet, que 16/8 % des femmes atteintes de kyste de l'ovaire sont stériles, alors que l'on ne trouve que 10 % de cas de stérilité chez les autres femmes.

Toutes les variétés de kystes peuvent coexister avec la grossesse. Ce sont le plus souvent, des kystes séreux que l'on rencontre ; puis les kystes dermoïdes 27 % (Puech et Vanverts). Les autres variétés de tumeurs sont infiniment moins fréquentes que les deux précédentes.

Le diagnostic des différentes variétés de kystes entre elles est généralement assez délicat. Néanmoins, d'après Pozzi : « une tumeur volumineuse, bosselée, avec inégalité de consistance des bosselures, est un kyste glandulaire. La présence d'ascite, sans symptômes de rupture, la sensation de masses papillaires dans le cul-de-sac de Douglas, jointes à la bilatéralité, feront penser à un kyste papillaire.

Pour les kystes dermoïdes, on a signalé la possibilité de faire des impressions dans la tumeur, remplie de graisse, ou même de percevoir le froissement des cheveux qui y sont contenus, ce que Kocher considère comme un signe pathognomonique.

La symptomatologie des kystes de l'ovaire est très souvent fruste.

La femme ne ressent que peu ou pas de troubles et si le kyste n'est pas fort gros, il n'est dépisté que lors d'un examen ou à l'occasion d'une complication. Pendant la grossesse, la femme se sachant enceinte vient consulter à ce sujet et, au cours de l'examen, on découvre la tumeur soit à la palpation soit au toucher, suivant son siège.

Elle se présente, en général, sous forme d'une masse indépendante de l'utérus qui est dévié, séparée de lui par un sillon, de consistance molle ou rénitente, non contractile. Ces caractères ne sont pas toujours aussi nets et nous verrons à propos du diagnostic quelles difficultés on peut éprouver pour reconnaître un kyste.

Influence des Kystes sur la grossesse

Nous avons déjà dit que la fécondation était moins facile lorsqu'un des ovaires était porteur d'un kyste.

On a néanmoins trouvé des femmes enceintes malgré la présence de tumeurs bilatérales, mais ceci a été expliqué par ce fait qu'une portion de l'un des ovaires était intacte.

Ceci n'est pas le moindre inconvénient du kyste de l'ovaire, car les complications qui peuvent suivre la fécondation mettent en danger les jours de la femme.

Pendant la grossesse : Le kyste va comprimer plus ou moins l'utérus et risquer de réveiller sa contractilité : Rémy a noté l'interruption de la grossesse dans 23 % des cas.

L'utérus pourra se trouver gêné dans son ascension, d'où rétroversion et enclavement possibles.

La grossesse évoluant, le kyste pourra gêner l'accommodation de la tête fœtale, d'où possibilité de présentations vicieuses (épaule, siège incliné) et, en comprimant le fœtus in utéro, amener des malformations fœtales.

En outre, on pourra observer des signes de compression :

Si la tumeur est pelvienne, on verra apparaître de la constipation opiniâtre de la dysurie, des œdèmes, des douleurs névralgiques ;

Si la tumeur est abdominale, de la dyspnée, parfois même de l'ascite et de l'albuminurie.

Pendant l'accouchement : Si le kyste est abdominal, il pourra créer une dystocie par obliquité utérine et peut-être l'utérus, gêné, se contractera-t-il mal.

Si le kyste est pelvien, les accidents les plus graves sont à redouter.

L'engagement du pôle fœtal ne pouvant s'effectuer, la dilatation progresse peu et mal. La poche des eaux étant seule pour ouvrir le col se rompt prématurément sous l'influence des contractions de plus en plus violentes de l'utérus qui cherche à expulser son contenu.

L'œuf ouvert trop tôt s'infecte. Le fœtus, qui souffrait depuis longtemps, meurt et enfin l'utérus se tétanise, se rompt et la femme succombe à la péritonite qui ne tarde pas à se déclarer.

Dans les suites de couches : L'utérus peut avoir de la peine à involuer, surtout si le kyste, tombé derrière lui, gêne sa rentrée dans l'excavation.

Les complications que nous venons de décrire sont dues au kyste compliquant la grossesse.

Réciproquement, la grossesse va agir sur le kyste et créer des accidents non moins redoutables.

Influence de la Grossesse sur les Kystes

Les premiers effets de la grossesse sur le kyste est l'accroissement de ce dernier, dû vraisemblablement à l'augmentation de la circulation sanguine pendant l'état de gestation.

Cette augmentation de volume est généralement lente, mais on a noté des accroissements très rapides et considérables. Beaucoup plus rarement, la tumeur décroît.

La conséquence parfois forcée du développement de l'utérus est le déplacement du kyste.

S'il reste pelvien, il ne sera que peu affecté par la grossesse.

S'il devient abdominal, il court de grands risques.

17 % des kystes se tordent (Puech et Vanverts) et cette torsion se produit plus facilement pendant les six premiers mois où l'on observe 90 % des accidents de ce genre. Pinard les a observés surtout du 2^e au 4^e mois.

Après la torsion du pédicule, peuvent se produire :

- une hémorragie intra-kystique souvent considérable ;
- la rupture de la tumeur accompagnée de phénomènes péritonéaux graves ;
- la gangrène ou la suppuration du kyste.

Des adhérences dues à des phénomènes de péritonite partielle existent souvent.

Ces dernières peuvent gêner le développement de l'utérus ou produire des accidents d'occlusion intestinale. On a également observé la dégénérescence maligne de la tumeur, mais on ne sait jusqu'à quel point la grossesse a influé sur ces cas heureusement fort rares.

Pendant le travail : Si le kyste est abdominal, il ne se produit généralement rien.

Si le kyste est plevien, au lieu d'observer les accidents dont nous avons retracé plus haut le tableau, on peut voir, sous la pression de la présentation fœtale, la tumeur descendre effondrer la paroi du rectum et accoucher par l'anus.

On conçoit facilement le terrible danger de cette terminaison : la grande cavité péritonéale, ouverte dans le rectum, s'infecte presque infailliblement et une péritonite mortelle se déclare dans les heures qui suivent.

Dans les suites de couches : Le kyste va se tordre d'autant plus facilement qu'il sera moins maintenu par l'utérus qui diminue de volume et par la paroi abdominale dont la tonicité est amoindrie.

Il faudra donc surveiller très attentivement la femme et se tenir prêt à opérer à la moindre alerte, d'autant plus que l'infection de la tumeur est encore plus à craindre à ce moment qu'auparavant.

Diagnostic

Le diagnostic des kystes de l'ovaire est assez délicat et il y a nombre d'erreurs à éviter :

Méconnaître la grossesse au début : l'arrêt des règles étant mis sur le compte de la tumeur perçue. Un examen attentif permettra de sentir le corps utérin ramolli et hypertrophié.

Confondre le kyste avec une grossesse, surtout dans le cas de kyste multiloculaire, avec ascite, dans lequel on peut provoquer un ballotement qui peut être confondu avec celui d'une partie fœtale.

La recherche du corps utérin, l'absence de modifications du col, l'absence de bruits du cœur feront faire le diagnostic.

Méconnaître le kyste masqué par un gros utérus.

Confondre le kyste avec une autre tumeur et c'est là l'erreur la plus fréquente.

L'hydronéphrose, l'ascite, le kyste hydatique du foie, la vessie très distendue, les fibromes surtout lorsqu'ils sont pédiculés, sont des causes d'erreur.

Le fibrome qui se ramollit pendant la grossesse alors que le kyste se tend et qui ressemble parfois tellement à ce der-

nier que, même une fois le ventre ouvert, il peut être nécessaire de le ponctionner pour être certain de sa nature, peut créer des difficultés de diagnostic insurmontables. Une grossesse ectopique, un utérus rétro ou latéro-fléchi pourront donner le change, mais la grossesse ectopique est douloureuse et saigne, et l'utérus gravide se développe.

Pronostic

Le pronostic des kystes de l'ovaire est donc des plus sérieux et la possibilité d'accidents graves pendant la grossesse et les suites de couches, plus graves encore pendant l'accouchement, impose les plus grandes réserves.

Conduite à tenir

La conduite à suivre en présence d'une complication aussi sérieuse est relativement simple : il faut opérer.

Pendant les six premiers mois de la grossesse, alors que l'utérus n'est pas encore trop susceptible, pratiquer l'ovariotomie par voie haute, sans hésitation et sans trop craindre pour la gestation.

Pendant les trois derniers mois de la grossesse : si l'on opère, deux fois sur trois, on interrompra la gestation. Comme d'autre part, les risques de complications sont moindres à ce moment, il est préférable de s'abstenir, à la condition que la femme entre en maison de santé ou à l'hôpital où elle sera surveillée heure par heure et où elle se trouvera dans les meilleures conditions possibles pour une intervention rapide en cas de besoin.

Pendant le travail. — Le kyste est abdominal : une intervention chirurgicale à ce moment n'est pas indispensable, mais on sera peut être amené à terminer artificiellement l'accouchement s'il se produit une présentation vicieuse.

Le kyste est pelvien : on pourra tenter quelques manœuvres

vres très prudentes de refoulement, en mettant la femme en position genu pectorale, ou en position de Trendelenburg, mais presque toujours on sera obligé d'opérer.

Deux méthodes sont en présence : pratiquer l'ovariotomie et abandonner l'accouchement à lui-même.

Pratiquer une opération césarienne suivie d'ovariotomie et même d'hystérectomie en cas d'adhérences par trop nombreuses.

C'est là, à notre avis, la méthode la plus sage pour éviter une infection ultérieure et aussi la plus humaine puisqu'elle évite à la femme de nombreuses heures de douleurs supplémentaires.

Dans les suites de couches. — Il faut opérer, mais alors que certains auteurs préfèrent opérer de suite après l'accouchement, d'autres attendent la fin de l'involution utérine pour éviter une infection, plus facile alors que l'utérus est encore ouvert.

*
* *

Nous allons maintenant étudier les observations que M. le Professeur Agrégé Le Lorier a bien voulu nous confier, et nous comparerons les résultats de notre statistique avec ceux donnés par MM. Puech et Vauverts, dans leur rapport au Congrès de Lille, en 1913.

Observations

OBSERVATION N° I

Mme D..., 24 ans, 21 mai 1921 (II pare de 24 ans).

Antécédents héréditaires : rien à signaler.

Antécédents personnels : on ne sait si cette femme est née à terme et la façon dont elle a été nourrie pendant sa première enfance.

La femme ne peut préciser l'âge auquel elle a fait ses premiers pas, elle affirme avoir toujours bien marché.

Elle a eu ses premières règles à l'âge de 16 ans : règles régulières, non douloureuses, durant quatre jours.

Elle a été malade pendant son enfance, mais ne peut dire de quoi et n'a jamais été malade depuis. B. W. = 0.

Antécédents obstétricaux : cette femme a une première grossesse en 1918, terminée à terme par l'accouchement par le siège d'un enfant mort et macéré.

Une deuxième grossesse, qui est la grossesse actuelle a débuté en 1920. Dernières règles du 25 au 29 octobre et pertes sanglantes le 14 décembre.

Elle se présente le 22 avril 1921 au pavillon Chaussier, où on l'admet parce qu'elle perd du sang.

A l'examen général, on ne relève rien de particulier.

A l'examen obstétrical, on trouve :

Au palper : une tumeur, remontant à 21 cm. au-dessus de la symphyse pubienne, de forme arrondie, de consistance rénitente, que l'on peut déplacer assez facilement vers la gauche et que la malade déclare avoir senti et déplacé dans l'abdomen avant d'être enceinte.

Au toucher : un utérus en rétroflexion et rétroversion, développé comme un utérus de trois mois et demi environ ; qui bombe fortement dans le cul-de-sac postérieur et dont le col est très difficile à atteindre derrière la symphyse.

Sa consistance un peu molle est de nature à faire penser qu'il contient un œuf mort. Seule, l'expectoration permettra de dire s'il est gravide ou non.

Quant à la tumeur perçue par le palper, il s'agit vraisemblablement d'un kyste pédiculé de l'ovaire droit.

Histoire de la maladie. — La femme, qui est restée à l'hôpital expulse le 25 avril, en deux temps, le contenu de son utérus, sans avoir présenté de douleurs ni d'hémorragies.

Le placenta est expulsé d'abord à 14 heures 45. Il pèse 85 grammes.

Le fœtus est expulsé ensuite à 18 heures 30. Il pèse 125 grammes et n'a pas subi de macération.

A ce moment, la femme commence une légère bronchite dont on attend la guérison pour enlever la tumeur abdominale.

Compte rendu opératoire : le 21 mai, on fait une laparotomie médiane, sous-ombilicale.

Sitôt l'ouverture du ventre, on aperçoit la tumeur complètement recouverte par un voile épiploïque, adhérent partout. On décolle ces adhérences à la main et on est amené à réséquer un morceau assez important d'épiploon.

La tumeur ainsi libérée est amenée doucement à l'extérieur. Elle est de forme ovoïde, de consistance rénitente, de couleur bleuâtre et tordue de 180°, autour de son pédicule, en sens inverse de celui des aiguilles d'une montre. Le pédicule est sectionné entre deux clamps et la tumeur est enlevée sans difficultés.

On procède alors à la vérification de l'utérus et des annexes : l'utérus est déjà remarquablement petit.

Les annexes gauches son saines.

Les ligaments ronds sont très frêles et comme atrophiés. Ne pouvant faire de ligamentopexie, en raison de la fragilité des ligaments ronds, on fait une hystéropexie isthmique.

Fermeture de la paroi par points séparés au catgut. Crins sur la peau.

Description de la tumeur : tumeur ovoïde 13 cm. de long sur 10 cm. de diamètre.

A la coupe : on constate qu'il s'agit d'un kyste dermoïde, contenant une grosse touffe de poils et une grande quantité de matière sébacée.

Dans l'épaisseur de la paroi existe une masse, grosse environ comme un œuf, contenant quelques vaisseaux.

La femme est sortie en bon état de l'hôpital.

En résumé : les faits saillants de cette observation sont les suivants :

Le kyste était dermoïde, unilatéral, à siège abdominal.

C'est vraisemblablement lui qu'on peut accuser de l'interruption de la grossesse, quoi qu'il n'ait causé aucun trouble avant l'avortement.

Il avait été perçu, avant la grossesse, par la femme, qui n'y avait pas attaché d'importance.

Les résultats opératoires ont été bons puisque la femme est sortie guérie de l'hôpital.

OBSERVATION N° II

Mme R..., 27 ans, 14 octobre 1921 (I pare de 27 ans).

Antécédents héréditaires : rien à signaler.

Antécédents personnels : on ne sait dans quelles conditions cette femme est née. Elle a été élevée au sein maternel.

Elle a fait ses premiers pas à l'âge de treize mois et a toujours bien marché depuis.

Elle a eu ses premières règles à l'âge de 15 ans, règles irrégulières, non douloureuses, abondantes, durant quatre à cinq jours. Elle n'a jamais été malade. Le B. W. n'a pas été fait, mais la femme ne présentait pas de signes de Σ

Antécédents obstétricaux : la première grossesse de cette femme, qui est la grossesse actuelle, a débuté en 1921.

Les dernières règles ont eu lieu du 18 au 23 juin.

Histoire de la grossesse : la grossesse a été bien supportée.

Le 5 octobre 1921, au cours d'un examen à la consultation, on découvre chez cette femme :

Au palper : au-dessus du pubis, une masse à contours arrondis, de consistance rénitente, nettement médiane, dont la largeur dépasse celle de la paume de la main et dont la hauteur est de 14 cm.

Au toucher : un col gros, peu profond, entr'ouvert, légè-

rement ramolli dont l'orifice externe regarde dans l'axe du vagin et admet la pulpe du médius.

Les mouvements du col qui est très mobile latéralement se communiquent à la masse sus-pubienne. Les cul-de-sacs antérieur et droit sont libres. Dans le cul-de-sac postérieur, empiétant sur le cul-de-sac gauche, on trouve une masse grosse, environ comme une bille de billard, de consistance assez ferme, de surface régulière, séparée du col par un sillon.

Les mouvements du col ne lui sont aucunement communiqués.

La masse est rénitente, mais on ne peut y déterminer de ballottement vaginal.

Au toucher rectal : on sent sur la face antérieure du rectum, au bout de l'index, une première saillie en forme de boudin qui pourrait répondre à un petit membre fœtal. Au-dessus de cette saillie, on tombe sur une masse qui correspond à celle, sentie dans le cul-de-sac postérieur.

A l'interrogatoire : la femme n'a présenté aucune hémorragie en juillet, août et septembre.

Depuis le début de septembre, la malade se plaignait de douleurs assez vives, au niveau des fesses et de la face postérieure des cuisses, survenant à toute heure de la journée et quelle que soit la position prise par la femme.

En même temps : envies fréquentes d'uriner, mais pas de constipation.

Le 27 septembre : la malade ressent brusquement des douleurs au creux épigastrique, se transportant rapidement à l'hypogastre, douleurs très vives, arrachant des cris à la malade et la forçant à s'aliter. Ces douleurs furent accompagnées d'un vomissement alimentaire, mais d'aucune hémorragie utérine. On ne sait si la femme a eu de la fièvre et on ne connaît pas la fréquence de son pouls.

Le lendemain, les douleurs sont moins vives et la malade se lève.

Le 11 octobre : la femme revient consulter et on constate que : la masse sus-pubienne a notablement augmenté de volume et qu'on y perçoit nettement des bruits du cœur et des mouvements actifs fœtaux.

On pose le diagnostic ferme de grossesse compliquée, de kyste dermoïde de l'ovaire, et on décide d'intervenir.

Compte rendu opératoire. — L'intervention a lieu le 14 octobre 1921.

On ouvre l'abdomen par une incision médiane sous et sus-ombilicale et on aperçoit immédiatement l'utérus gravide, d'aspect normal.

Après avoir refoulé l'intestin sous une compresse, on découvre derrière l'utérus, relevé doucement, dans le cul-de-sac de Douglas, une masse grosse comme une tête de

foetus à terme, difficile à extraire en raison d'adhérences nombreuses. On lie, après libération de la tumeur, le pédicule inséré à gauche et présentant une torsion d'un demi tour et on pratique l'ablation du kyste et de la presque totalité de la trompe gauche. Fermeture de la paroi en deux plans au catgut. Crins sur la peau.

La femme quitte l'hôpital le 30 octobre en bon état de santé et revient régulièrement, pendant toute sa grossesse, à la consultation.

La grossesse n'a subi aucun dommage du fait de l'opération et se termine normalement à terme le 26 mars 1922 par la naissance d'un garçon vivant pesant 3.300 grammes.

En résumé. — Le kyste était dermoïde, unilatéral, à siège plevien.

Il a causé un accident qui s'est montré assez bénin : torsion de son pédicule, accompagnée de peu de phénomènes douloureux, et précédée de signes de compression. Auparavant, il était passé inaperçu.

Les résultats opératoires ont été parfaits puisque la femme a pu, après guérison, mener sa grossesse à terme et mettre au monde un enfant vivant.

OBSERVATION N° III

Mme R... Suzanne, 24 ans, 30 août, 1924 (II pare de 24 ans).

Antécédents héréditaires : rien à signaler.

Antécédents personnels : on ne sait si cette femme est née à terme ni comment elle a été nourrie pendant sa première enfance.

Elle ne peut préciser la date à laquelle elle a fait ses premiers pas, mais elle a toujours bien marché.

Elle a eu ses premières règles à l'âge de 12 ans, règles abondantes, non douloureuses, durant trois jours. Elle a eu dans sa première enfance une atteinte d'entérite muco-membraneuse. Elle a toujours eu de l'entérite depuis.

Antécédents obstétricaux. — Cette femme a eu en 1920 une première grossesse terminée par une fausse-couche au terme de deux mois environ qui a évolué sans complications et dont on n'a pu relever la cause.

Une deuxième grossesse qui est la grossesse actuelle a débuté en 1921. Ses dernières règles datent 27-30 d'avril.

Histoire de la grossesse. — Au cours d'un examen pratiqué à la consultation de l'hôpital, on fait les constatations suivantes :

A l'examen général : rien de particulier.

A l'examen obstétrical :

Au palper : sur la ligne médiane, à quatre travers de doigts au-dessus de la symphyse pubienne, se trouve une tumeur arrondie, de la consistance spéciale à l'utérus gravide, facilement mobilisable.

A gauche et en arrière de cette masse, la débordant de partout, on trouve une deuxième masse arrondie, fluctuante, donnant l'impression d'une grosse tête de fœtus.

A droite, au contraire, il existe trois petites tumeurs arrondies, peu mobiles, de la grosseur d'une mandarine, dures, analogues, comme consistance à celle d'un fibrome.

Au toucher : on trouve le col de l'utérus, en avant, plaqué contre la symphyse et dévié un peu à droite. Dans le cul-de-sac gauche, rien à signaler. Dans le cul-de-sac droit, se prolongeant dans le Douglas, existe une masse fluctuante qui le déprime et le fait fortement bomber.

Le toucher combiné au palper permet de constater que la masse médiane précédemment signalée est mobile avec le col et se continue avec lui. Elle représente un utérus gravide de deux mois et demi, plaqué contre la paroi abdominale. La tumeur postérieure correspond à la masse observée dans le Douglas et représente probablement un kyste de l'ovaire.

La femme dit avoir constaté, dès son enfance, que son abdomen était volumineux.

Jusqu'ici, la grossesse a évolué normalement.

Compte rendu opératoire. — Devant ces constatations, on décide d'opérer. On constate, à l'ouverture de l'abdomen, une grossesse utérine de deux mois et demi environ; l'utérus est de forme irrégulière par suite du développement plus marqué de la corne gauche.

Il est refoulé en avant, ainsi qu'on le constatait cliniquement par une grosse tumeur kystique, située en arrière de lui et qui s'étend considérablement vers la droite, remplissant toute la fosse iliaque droite et, en arrière où il distend au maximum le cul-de-sac de Douglas.

On s'attaque d'abord à la partie droite de la tumeur constituée par trois petits lobules, très tendus, chacun du volume d'une petite mandarine, fortement adhérents au ligament large, aux annexes droites et à la paroi. La libération de ces adhérences, très nombreuses, serrées et déjà anciennes ne va pas sans quelques difficultés. Après cette libération, les annexes droites apparaissent à peu près saines.

On s'attaque alors à la deuxième partie de la tumeur située en arrière de l'utérus et dans le cul-de-sac de Douglas, constituée par une vaste poche uniloculaire, dont on libère les adhérences et notamment une, avec la trompe gauche, qui est tordue deux fois sur elle-même en sens inverse des aiguilles d'une montre. La tumeur ne pouvant être extériorisée facilement, on retire par ponction la moitié de son contenu, ce que permet d'achever la libération et de constater

que la masse est développée aux dépens de l'ovaire gauche. Une ligature est mise aussitôt sur le pédicule et la tumeur est enlevée ainsi que la trompe gauche. L'utérus est réintégré dans l'abdomen et la paroi refermée en deux plans.

En résumé. — Le kyste était séreux, multiloculaire, unilatéral, à siège abdominal. Il était fortement adhérent.

La première grossesse de cette femme s'étant terminée par une fausse-couche au terme de deux mois, il est probable que c'est au kyste que l'on doit attribuer cet avortement quoiqu'il n'ait pas été remarqué à ce moment, car le volume de la tumeur permet de supposer qu'il existait lors de la première grossesse. Pendant cette grossesse : le kyste n'a pas présenté de complications et il est passé inaperçu jusqu'au premier examen obstétrical.

L'opération a donné de bons résultats puisque la femme est sortie, guérie, de l'hôpital. Mais on ne sait pas comment la grossesse a évolué ensuite.

OBSERVATION N° IV

Mme M.,... 24 ans, 22 novembre 1924 (III geste de 24 ans).

Antécédents héréditaires : rien à signaler.

Antécédents personnels : on ne sait si cette femme est née à terme et la façon dont elle a été nourrie pendant sa première enfance.

Elle ne peut dire à quel âge, elle a fait ses premiers pas, mais elle dit avoir toujours bien marché.

Elle a eu ses premières règles à l'âge de 14 ans et demi, règles régulières, douloureuses.

Elle dit n'avoir jamais eu d'autre maladie qu'une coqueluche dans son enfance, mais elle présente un B. W. fortement positif.

Antécédents obstétricaux : en 1922, la femme a une première grossesse qui se termine par un accouchement normal, à terme.

Elle met au monde une fille pesant 2.750 grammes qu'elle élève au sein et au biberon et qui est actuellement bien portante. On découvre, avant sa sortie de l'hôpital un kyste de l'ovaire gauche, gros comme une noisette et très mobile.

En 1923, commence une nouvelle grossesse qui se termine au deuxième mois, par une fausse-couche suivie d'une période fébrile.

Histoire de la grossesse : en 1924, une troisième grossesse, qui est la grossesse actuelle, commence. Les dernières règles sont du 26 au 28 avril, mais les règles précédentes présentaient depuis le mois de février un léger retard de deux ou trois jours, étaient diminuées de durée et d'abondance : durant deux ou trois jours au lieu de six ou huit.

En mai et juin : la femme ressent des douleurs analogues à celles qui précèdent d'habitude les règles, mais elle ne perd pas.

Le 29 octobre, la femme se fait examiner pour la première fois.

On trouve :

A l'examen général : rien de particulier.

A l'examen obstétrical : une grosseur de 4 mois $\frac{1}{2}$ environ et dans la fosse iliaque gauche on sent une tumeur pédiculée de la grosseur d'une mandarine.

Au toucher, on fait balloter une petite tête fœtale et on arrive sur un sacrum accessible au loin et sur la tumeur, qui est probablement un kyste de l'ovaire.

Le 13 novembre, on pratique un nouvel examen qui, en outre des constatations faites déjà lors du premier examen, permet d'entendre des bruits du cœur fœtaux.

On conseille une intervention, qui est acceptée, et a lieu le 22 novembre.

Compte rendu opératoire : L'abdomen est ouvert dans

la fosse iliaque gauche à l'aide de l'incision de Jalaguier.

On aperçoit alors la tumeur qui est manifestement un kyste de l'ovaire gauche, longuement pédiculé et qui est extériorisé sans difficultés, étant complètement libre d'adhérences.

Une ligature est posée sur le pédicule qu'on sectionne. L'utérus gravide n'a même pas été aperçu au cours de l'intervention. La paroi est refermée en deux plans.

Description de la tumeur : kyste séreux, uniloculaire, présentant en un point de sa paroi de petits nodules cartilagineux en voie d'ossification et gros comme un grain de mil.

Suites. — La femme sort parfaitement guérie le 13 décembre 1924. On la suit pendant toute sa grossesse qui évolue sans incidents et elle accouche, dans le service, à terme, d'un enfant du sexe féminin, pesant 3.430 grammes.

En résumé. — Le kyste était séreux, unilatéral, à siège abdominal.

Le kyste a été probablement influencé par les grossesses précédentes puisque, gros comme une noix après le premier accouchement, il est parvenu à atteindre le volume d'une mandarine à la troisième gestation.

C'est peut-être lui qui a interrompu la deuxième gestation, mais la femme ayant un B. W. positif, il est difficile de dire quelle est la part de chacune de ces causes dans la provocation de la fausse-couche.

Il fut, une trouvaille d'examen et ne se manifesta guère que par quelques troubles des règles. L'opération a eu un résultat excellent : la femme est sortie, guérie et sa grossesse a été à terme.

OBSERVATION N° V

Mme B..., 37 ans, 22 novembre 1924 (III geste de 37 ans).

Antécédents héréditaires : rien à signaler.

Antécédents personnels : on ne sait si cette femme est née à terme, ni comment elle a été nourrie pendant sa première enfance.

Elle ne sait à quel âge elle a fait ses premiers pas, mais elle dit avoir toujours bien marché depuis.

Elle ne sait à quel âge elle a eu ses premières règles, mais elle a toujours été réglée régulièrement et sans douleurs.

Elle dit n'avoir jamais été malade, mais son B. W. est positif.

Antécédents obstétricaux : une première grossesse s'est terminée en 1913 par un accouchement normal, à terme, et la naissance d'un garçon pesant 3.600 grammes, élevé au sein, actuellement bien portant.

En 1915 : deuxième grossesse et accouchement normal, à terme, d'un garçon vivant pesant 3.500 grammes, élevé au sein et actuellement bien portant.

La troisième grossesse, qui est la grossesse actuelle, a débuté en 1924; les dernières règles sont du 27 au 30 août.

Histoire de la grossesse. — La femme vient consulter le 14 novembre.

L'examen général ne montre rien de particulier.

L'examen obstétrical montre une grossesse de deux mois et demi environ et une volumineuse tumeur pédiculée, grosse comme une tête fœtale, de consistance élastique, mobile dans tous les sens, surtout verticalement.

Cette tumeur, probablement un kyste de l'ovaire droit, n'avait jamais été remarquée par la malade et ne s'accompagnait d'aucun trouble fonctionnel.

On décide une intervention.

Compte rendu opératoire : le 22 novembre 1924, on ouvre l'abdomen par une incision médiane sous-ombilicale, qui permet d'apercevoir immédiatement la tumeur; longue-ment pédiculée, du volume d'une tête de fœtus de sept mois environ, de coloration blanchâtre par places et qui est manifestement un kyste de l'ovaire droit. Double ligature et section du pédicule.

En inspectant le petit bassin, on aperçoit l'utérus gravide de deux mois et demi environ. Les annexes gauches sont saines, l'ovaire gauche est distendu par la présence d'un corps jaune.

Fermeture de la paroi en deux plans.

La tumeur était un kyste dermoïde, pesant 360 gram-

mes et contenant de très nombreuses touffes de poils.

La femme sort guérie, le 6 décembre 1924.

En résumé. — Le kyste était dermoïde, unilatéral, à siège abdominal.

Il ne s'est manifesté par aucun signe et a été une trouvaille d'examen.

L'opération a donné un bon résultat, car la femme est sortie guérie et toujours en état de gestation.

On ne sait malheureusement pas comment la grossesse a évolué ensuite.

OBSERVATION N° VI

Mme V..., 32 ans, 29 juillet 1925 (III geste de 32 ans).

Antécédents héréditaires : rien à signaler.

Antécédents personnels : on ne sait dans quelles conditions la femme est née et a été nourrie dans la première enfance.

Elle ne sait à quel âge, elle a fait ses premiers pas, mais elle a toujours bien marché.

Elle a eu ses premières règles à 10 ans et demi, règles régulières, non douloureuses.

Elle dit n'avoir jamais été malade, mais présente un B. W. positif.

Antécédents obstétricaux : une première grossesse en 1912, se termine par un accouchement prématuré, provoqué (par ?) au terme de sept mois environ et la naissance d'une fille qui meurt deux mois après.

On avait dit à la femme qu'une césarienne serait nécessaire, à terme.

Une deuxième grossesse, en 1913, est terminée au terme de 2 mois $\frac{1}{2}$ par un avortement provoqué.

Histoire de la grossesse : Une troisième grossesse a lieu en 1925. On ignore la date des dernières règles et lorsque la

femme vient consulter, le 15 mars 1925, on peut évaluer l'âge de la grossesse à 6 mois $\frac{1}{2}$ environ.

On trouve au toucher, en arrière du col, une masse arrondie, grosse comme une orange, légèrement rénitente, paraissant adhérer à l'utérus, ne pouvant remonter dans l'abdomen bien qu'elle n'adhère pas aux parois pelviennes ni au rectum.

Cette masse est peu douloureuse et fait penser à une tumeur praevia, kyste ou fibrome.

Le bassin paraît normal.

La tumeur semblant augmenter et la femme étant au voisinage du terme, on décide d'intervenir avant tout début du travail.

Compte rendu opératoire : Le 28 juillet 1925, on fait une laparotomie médiane sous-ombilicale, suivie d'hystérectomie du segment inférieur, permettant d'extraire le fœtus qui se présente par le siège. Après suture de la plaie utérine, qui met fin à une violente hémorragie, on relève l'utérus avec la plus grande facilité et plongeant la main dans le cul-de-sac de Douglas, on en extrait un petit kyste de l'ovaire qui était étroitement enclavé, mais non adhérent, dans l'excavation, ayant un pédicule assez long sur lequel on pose deux ligatures. Ce kyste est gros comme une tête de fœtus de 5 mois environ et développé aux dépens de l'ovaire droit.

Fermeture de la paroi en deux plans, au catgut.

La femme sort le 14 août 1925, en bon état. L'enfant est décédé du fait d'une bronchopneumonie, 9 jours après sa naissance.

En résumé : Le kyste était séreux, unilatéral à siège plevien.

Il ne s'est manifesté par aucune complication et fut une trouvaille d'examen.

Néanmoins, comme il était enclavé dans le bassin, il a nécessité une opération césarienne.

Le résultat a été bon au point de vue maternel.

Au point de vue fœtal, on a pu extraire un enfant vivant.

OBSERVATION N° VII

Mme L..., 23 ans, 5 novembre 1927 (II geste de 23 ans).

Antécédents héréditaires : Rien à signaler, si ce n'est que sa sœur jumelle est morte à l'âge de 1 an, de convulsions.

Antécédents personnels : Cette femme est née d'une grossesse gémellaire, On ne sait à quel terme. On ne sait comment elle fut nourrie pendant sa première enfance.

Elle a fait ses premiers pas à 22 mois et a toujours bien marché depuis.

Elle a été réglée pour la première fois à l'âge de 15 ans.

Elle dit n'avoir jamais été malade.

Antécédents obstétricaux : En 1926, une première grossesse se termine par un accouchement à terme, qui doit être terminé par une prise de forceps pour lenteur de la période d'expulsion. On extrait un enfant vivant pesant 3.500 gr., nourri au sein, actuellement bien portant.

Les suites de couches ont été normales.

En septembre 1927, apparaissent les dernières règles précédant la grossesse actuelle.

Histoire de la grossesse : La femme vient consulter le 14 octobre, parce qu'elle souffre dans le côté droit de l'abdomen.

A l'examen, on pense à la possibilité d'une grossesse ectopique ou d'un petit kyste de l'ovaire.

Au cours d'un autre examen, on fait le diagnostic de grossesse utérine compliquée d'un kyste pédiculé de l'ovaire droit et on sent nettement, dans le cul-de-sac droit, la masse kystique, de la grosseur environ d'un œuf de poule.

Compte rendu opératoire. : Le 5 novembre, on fait une laparotomie médiane sous-ombilicale et dès l'ouverture du ventre, on aperçoit l'utérus gravide de deux mois environ et, à sa droite, couché dans la fosse para-vésicale droite, un ovaire porteur d'un kyste de la grosseur d'un œuf de pigeon.

L'ensemble de l'ovaire et du kyste forme une masse de la grosseur d'un œuf de poule.

Le parenchyme ovarien, représentant la moitié de la masse, semble suffisamment sain pour légitimer sa conservation. On pratique donc l'ablation de la partie kystique de cet ovaire et on assure l'hémostase de la plaie au moyen d'un surget au catgut.

L'inspection des annexes gauches montre leur intégrité parfaite.

Fermeture de la paroi en deux plans. Un plan cutané au crin.

La femme sort, en bon état et non accouchée, de l'hôpital. Elle n'a pas été revue depuis son opération.

En résumé : Le kyste était sérieux, à siège abdominal, unilatéral.

Le kyste s'est manifesté par des douleurs dès le début de la grossesse.

L'opération a eu un bon résultat, la femme étant sortie guérie et non accouchée, de l'hôpital.

On ne sait comment la grossesse a évolué ensuite.

OBSERVATION N° VIII

Mme M. J..., 36 ans, 10 Décembre 1927 (II geste de 36 ans).

Antécédents héréditaires : Rien à signaler.

Antécédents personnels : La femme ne sait si elle est née à terme, ni comment elle a été nourrie dans sa première enfance.

Elle ne sait à quel âge elle a fait ses premiers pas, mais elle a toujours bien marché.

Elle a eu ses premières règles à 14 ans : règles régulières, non douloureuses.

Elle n'a jamais été malade jusqu'à sa première grossesse

Antécédents obstétricaux : Une première grossesse a lieu en 1924.

Vers le 5^e mois de cette grossesse, la femme est atteinte de grippe, puis de congestion pulmonaire du côté droit et, 3 semaines après de pyélonéphrite. Ces accidents provoquent l'accouchement prématuré d'une fille pesant 2.500 gr., qui meurt 6 heures après sa naissance.

Les accidents de pyélonéphrite disparaissent après l'accouchement.

Histoire de la grossesse : La deuxième grossesse est la grossesse actuelle.

Les dernières règles ont eu lieu du 27 au 30 août.

La femme vient consulter le 31 octobre 1927, pour faire confirmer le diagnostic d'un médecin : grossesse au début, compliquée de kyste de l'ovaire droit.

L'examen pratiqué à l'hôpital montre : l'existence d'une tumeur ovoïde, fluctuante, siégeant dans la fosse iliaque droite, mobilisable par rapport à l'utérus, de la grosseur d'une mandarine, accompagnée d'un utérus gravide de trois mois environ.

On conseille à la femme de se faire opérer le plus rapidement possible, et le 9, elle entre à l'hôpital.

Compte rendu opératoire : Le 10 décembre, on pratique une laparotomie médiane sous-ombilicale.

Dès l'ouverture du péritoine, on voit, au fond de l'incision, l'utérus gravide et, plaqué sur la lèvre droite de l'incision, le kyste de l'ovaire.

Celui-ci, grâce à son long pédicule, est très facilement extériorisé. Il a le volume d'une mandarine et ne présente aucune altération macroscopique.

Ligature du pédicule au catgut.

Fermeture de la paroi en deux plans.

La femme, en bon état, est encore à l'hôpital et non accouchée.

En résumé : Le kyste était séreux, unilatéral, à siège abdominal.

Il fut une découverte d'examen, la femme n'ayant ressenti aucun trouble.

L'opération a donné un résultat excellent. La femme est en bonne santé et sa grossesse n'a pas été interrompue.

OBSERVATION N° IX

Mme Z..., 33 ans, 18 février 1928 (II geste de 23 ans).

Antécédents héréditaires : Rien à signaler

Antécédents personnels : La femme ne sait comment elle est née, ni comment elle a été nourrie dans sa première enfance.

Elle ne peut dire à quel âge elle a fait ses premiers pas, mais elle a toujours bien marché.

Elle a été réglée à l'âge de 13 ans.

Elle a eu, il y a 5 ans, une métrite et, il y a 3 ans, une rougeole. (B. W. négatif).

Antécédents obstétricaux : En 1923, une première grossesse s'est terminée à terme par l'accouchement normal d'une fille qui est morte de rougeole. Suites de couches normales.

En 1923, une deuxième grossesse se termine par l'accouchement normal à terme d'un garçon vivant, actuellement bien portant.

La troisième gestation est la gestation actuelle.

Histoire de la grossesse : Les dernières règles sont celles du 17 au 22 décembre 1927.

La femme vient consulter pour la première fois le 10 février 1928.

A l'examen général : On ne trouve rien de particulier.

A l'examen obstétrical : On trouve un utérus augmenté de volume, dévié à droite.

Dans le cul-de-sac latéral gauche, on sent une masse bombant très fortement, séparée de l'utérus par un sillon, susceptible d'être légèrement refoulée dans la profondeur. Cette masse est vraisemblablement un kyste dermoïde de l'ovaire.

On opère cette malade le 18 février 1928.

Compte rendu opératoire : Une laparotomie médiane, sous-ombilicale permet d'apercevoir l'utérus gravide et de glisser deux doigts en arrière de cet utérus, du côté de la corne gauche.

Le kyste, gros comme une orange, est facilement extériorisé. Son pédicule présente une ébauche de torsion en sens inverse des aiguilles d'une montre. Un fort catgut est passé sur le pédicule, au ras de la trompe gauche, où il s'insère, et on extirpe facilement la tumeur qui était libre d'adhérences.

Le kyste pesait 100 grammes. Il avait un aspect semi-transparent et était uniloculaire. A la ponction, on constate qu'il contenait un liquide jaune citron.

1 Fermeture de la paroi en deux plans.

Suites opératoires : Le 22 février, la malade perd quelques caillots noirâtres sans avoir éprouvé, auparavant, de douleurs.

On lui administre un suppositoire à l'extrait d'opium. Les jours suivants, les pertes s'atténuent et cessent pour reprendre le 25 février, en même temps qu'apparaissent des douleurs légères. On administre un deuxième suppositoire à l'opium.

Le 26 février se produit l'expulsion d'un fœtus, avec de nombreux caillots noirâtres.

Le 27, la malade, qui a perdu un peu de sang depuis la veille, est transportée à la salle d'opérations pour être curetée, lorsqu'elle expulse spontanément le placenta.

La femme est actuellement bien portante.

En résumé : Kyste séreux unilatéral, à siège pelvien.

Cette tumeur n'a jamais causé de troubles et fut une découverte d'examen.

L'opération, qui au point de vue maternel a donné d'excellents résultats, a été funeste à la grossesse, car elle s'est interrompue immédiatement après.

EN RÉSUMÉ

Le kyste de l'ovaire est toujours une complication sérieuse de la gestation et il faut en débarrasser la femme le plus rapidement possible.

L'opération sera faite avec le minimum de risques pour la grossesse dans les six premiers mois, et le plus souvent, dans ce cas, la femme accouchera à terme.

A partir du 6^e mois, on aura avantage à attendre la fin de la gestation, car dès ce moment, les complications sont moins à craindre (10% Puech et Vanverts) et l'expulsion du fœtus suit deux fois sur trois l'intervention.

On recourra donc, si le kyste est pelvien, au début du travail, à l'opération césarienne suivie d'ovariotomie.

Si nous comparons les résultats de notre statistique avec ceux des statistiques portant sur un beaucoup plus grand nombre de cas, nous constatons une concordance presque absolue.

En effet : d'après MM. Puech et Vanverts, le kyste de l'ovaire compliquant la grossesse est une affection rare : nous n'en avons relevé que 9 cas en 7 ans.

Le kyste séreux est plus fréquent que les autres variétés. Nous en trouvons 6 contre 3 kystes dermoïdes.

Le siège de la tumeur est abdominal ou pelvien dans la moitié des cas. Là, nous avons relevé une prédominance du siège abdominal : 6 sur 9 des kystes étaient abdominaux.

Les kystes de l'ovaire interrompent la grossesse dans 12 % des cas : nous avons trouvé un chiffre de 11,11 %.

Ils se tordent dans 17 % des cas, les autres accidents étant plus rares.

Nous ne relevons que 11,11 % de cas de torsion.

L'existence de la tumeur passe généralement inaperçue au cours de la gestation : ceci a été le cas pour la plupart des femmes dont nous avons présenté les observations.

Le nombre d'interruptions de la grossesse, dues à l'opération, a été de 1/9 au lieu de 1/10.

Conclusions

- 1° Du mois de mai 1921 au mois de février 1928, il a été opéré par M. le Professeur agrégé Le Lorier, dans son service, 9 cas de kyste de l'ovaire, diagnostiqués chez des femmes enceintes.
- 2° Toutes ces femmes ignoraient l'existence de leur kyste, qui n'avait donné lieu à aucun trouble.

Une de ces femmes avait été renseignée, sur l'existence de sa tumeur, par le médecin qui l'avait assistée lors d'un premier accouchement.
- 3° Dans un seul cas, l'opération fut rendue nécessaire par une complication : torsion du pédicule du kyste au cours du 3° mois de la gestation, après une période de douleurs névralgiques.
- 4° Dans les autres cas, on intervint parce que le kyste fut découvert au cours d'un examen obstétrical chez des femmes qui venaient consulter au sujet de leur grossesse.
- 6° Une des femmes avorta avant l'opération, qui ne fut faite que quelque temps après.
- 7° Les résultats opératoires ont été excellents, puisque toutes les femmes sont sorties guéries de l'hôpital.

- 8° Une seule intervention fut suivie d'avortement, quoiqu'elle ait été fort simple.
- 9° Plusieurs de ces femmes ont été suivies jusqu'au terme de leur grossesse et elles ont accouché d'enfants vivants dans de bonnes conditions.

Vu le Doyen,

ROGER.

Vu le Président,

COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris,

P. CHARLÉTY.

Bibliographie

- BRINDEAU et JUGE. — Des interventions chirurgicales pendant la grossesse. *Gyn. et Obst.*, Paris 1925.
- BAR, BRINDEAU, CHAMBRELENT. — *Traité d'Obstétrique*.
- BOURDIN. — Les kystes dermoïdes de l'ovaire dans leurs rapports avec la grossesse. *Thèse de Paris* 1925.
- BOSSI. — Kystes ovariens comme troubles de la grossesse et de l'accouchement. *La Gynécologie*, 1900.
- BROUHA. — Kystes opérés pendant la grossesse. *Soc. Obs. de France*, oct. 1911.
- CATHALA. — Kystes de l'ovaire et grossesse. *Semaine Gynécologique*, 1913.
- COCARD. — Les traitements des kystes de l'ovaire pendant la grossesse et les suites de couches; leur valeur relative. *Thèse de Paris*, 1896.
- HERGOTT. — Accouchement et kyste de l'ovaire. *Soc. Méd. de Nancy*, mai 1886.
- LEPAGE. — Kyste de l'ovaire gauche avec torsion du pédicule chez femme enceinte de 3 mois $\frac{1}{2}$. Ablation du kyste. Guérison.

LESOURD. — Du traitement des kyste de l'ovaire. *Thèse de Paris* 1898.

LORMIER. — Tumeurs de l'ovaire considérées comme complication de l'accouchement.

ORBANT. — L'influence des tumeurs des ovaires sur la grossesse, le travail et la perpuéralité.

ORGLES. — Pronostic et indications de l'ovariotomie pendant la grossesse.

POZZI. — *Traité de Gynécologie*, Paris 1897.

PUECH et VANVERTS. — *Congrès d'Obstétrique et Gynécologie*, Lille, mars 1913.

RÉMY. — De la grossesse compliquée de kyste ovarique. *Thèse d'agrégation*, Paris 1886.

RIBÉMONT, DESSAIGNES et LEPAGE. — *Précis d'Obstétrique*

THOMAS. — Indications et contrindications de l'intervention pour kyste de l'ovaire au cours de la grossesse. *Thèse de Lille*, 1912.

